

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 149

L'URÉTHRITE GONOCOCCIQUE CHRONIQUE D'EMBLÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Juillet 1930

PAR

André-Stanislas-Auguste BOIFFIN-VIVIER

Né à NANTES (Loire-Inférieure), le 6 Novembre 1903

Examineurs de la Thèse

{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
	ROCHER, professeur	{ <i>Juges.</i>
	CHARRIER, agrégé	
	LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 149

L'URÉTHRITE GONOCOCCIQUE CHRONIQUE D'EMBLÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Juillet 1930

PAR

André-Stanislas-Auguste BOIFFIN-VIVIER

Né à NANTES (Loire-Inférieure), le 6 Novembre 1903

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIERE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants ...	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale ...	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires ...	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie...	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ...	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RECHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale ...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie).

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.		PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		CHARRIER.
			LOUBAT.
	{ CREYX.	Obstétrique.....	{ PÉRY.
	{ N.		{ N.
Médecine générale.....	{ AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	{ BEAUVIEUX.
	{ DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie...	{ JOULIA.
	{ PIECHAUD.	Pharmacie.....	{ GOLSE.

COURS COMPLEMENTAIRES

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	N.
Accouchements.....	PÉRY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et Parasitologie	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....		GOURDON.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON AMI

MONSIEUR TEXIER

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
sincère affection.*

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUCHANT
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

*Que nous prions d'agréer notre vive
gratituae pour la bienveillance qu'il nous
a toujours témoignée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LATRONCHE
PROFESSEUR DE CHIRURGIE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE POITIERS

*Hommage de profonde et respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLANC

CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

*Qui fut l'inspirateur de cette thèse,
qui nous a beaucoup aidé et que nous
sommes heureux de remercier ici de toute
sa bienveillance à notre égard.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*En reconnaissance du grand honneur
qu'il nous fit en acceptant la présidence
de cette thèse.*

AVANT-PROPOS

Tout le monde sait combien la Blennorrhagie est une affection courante et tenace, combien ses formes sont variées. Aussi notre intention est-elle justifiée en consacrant à son étude notre premier travail médical.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter une solution complète et absolue, mais nous pensons, en nous occupant d'une de ses formes, faire œuvre utile, surtout si nous arrivons à l'individualiser, à montrer l'insidiosité de ses manifestations cliniques et la fréquence de ses complications.

Les observations qui servent de base à cette étude ont été recueillies au cours de ces dernières années parmi les malades privés du Docteur Blanc. Nous sommes particulièrement heureux de lui exprimer ici toute notre reconnaissance, notre gratitude la plus vive pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous prions également M. le Professeur Duvergey de recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il a accueilli notre travail et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

L'URÉTHRITE GONOCOCCIQUE

CHRONIQUE D'EMBLÉE

Considérations Générales.

Les manifestations de la Blennorragie sont connues de tous et il n'est point la peine d'avoir fait des études médicales pour porter le diagnostic. Les douleurs cuisantes, l'œdème du prépuce et de la verge, la rougeur du gland, la tuméfaction du méat, l'écoulement blanchâtre d'abord, passant rapidement au jaune vert, suffisent à attirer l'attention du malade et lui faire soupçonner l'affection dont il est atteint.

Tous autres, au contraire, sont les débuts de la forme dont nous nous occupons aujourd'hui. Il s'agit d'ordinaire d'une blennorragie à allure très spéciale que l'on peut considérer comme une vraie trouvaille; blennorragie dans laquelle le début est tout à fait insidieux et l'évolution marquée par la fréquence des complications génito-urinaires.

Cette forme clinique n'est pas mentionnée dans les traités classiques où, jusqu'à présent, les manifestations aiguës et chroniques de l'affection avaient seules retenu toute l'attention. Ce n'est que ces toutes dernières années que l'on a commencé à entendre parler, avec Lebreton, Guérin,

Noguès, David, pour ne citer que les principaux, de *Blennorragie latente*, de *Blennorragie larvée* et même d'*Infection gonococcique génitale d'emblée*.

Ces auteurs apportaient par leurs communications la certitude qu'il existait, à côté des formes admises, une nouvelle forme clinique que Blanc paraît avoir étudiée le premier d'une façon complète et qu'il a individualisée en l'appelant l'*urétrite gonococcique chronique d'emblée*.

La Gonococcie génitale d'emblée.

David, dans un article paru dans l'*Hôpital*, en janvier 1927, prétend que les complications génitales peuvent être les premières manifestations gonococciques. Pour cet auteur, le gonocoque pourrait traverser et brûler l'étape uréthrale sans provoquer aucune réaction, pour aller coloniser plus loin, dans la zone génitale où le milieu apparaîtrait être plus favorable à son développement et à son maintien. Il existerait donc une gonococcie génitale d'emblée et seule la spermoculture serait capable de l'identifier.

Nous ne pouvons accepter cette façon de penser et nous estimons que la gonococcie génitale d'emblée n'existe pas. Avec Blanc, nous croyons que les malades chez lesquels on a porté un tel diagnostic doivent être rangés dans une des classes suivantes : soit qu'il s'agisse de malades qui aient fait dix, quinze, vingt ans auparavant une blennorragie qu'ils ont traitée sérieusement et dont ils ont guéri en apparence;

Soit de malades qui aient présenté une uréthrite gonococcique chronique d'emblée passée inaperçue.

Chez les premiers, les urines sont claires, ne contiennent pas de filaments; l'examen de la prostate, des vésicules séminales est négatif, seule l'orchi-épididymite, que la clinique décèle et que la spermo-culture impose, est la complication retardée de leur uréthrite passée. Ajoutons que, dans des cas semblables, un interrogatoire serré en présence de certains malades peu communicatifs est seul capable d'établir le trait d'union.

Chez les seconds, les risques d'uréthrite sont manifestes. Les urines contiennent des filaments et le laboratoire y

décèle du gono. Ces sujets sont d'ordinaire des malades qui s'ignorent et qui sont de bonne foi lorsqu'ils nient tout passé vénérien.

En résumé, nous pensons que « le gonocoque ne saurait traverser l'urèthre sans y déterminer de réaction inflammatoire, si minime soit-elle. En réalité, la réaction uréthrale a existé, mais elle a été si peu importante qu'elle a passé inaperçue de la part du malade qui, n'éprouvant aucune sensation de brûlure ni de picotement, ne constatant aucune tache sur son linge, n'a pas eu évidemment l'idée d'exprimer son canal pour y déceler un suintement ou de regarder ses urines dans un verre pour y découvrir des filaments. De même, on n'a pas l'habitude, dans la vie courante, de se regarder chaque jour le fond de la gorge si aucune sensation particulière n'attire notre attention de ce côté-là. En réalité, il y a eu uréthrite, mais uréthrite à symptomatologie fruste et atténuée, uréthrite à allure chronique d'emblée » (Blanc).

Il existerait donc, à côté de la blennorragie aiguë et subaiguë, une forme chronique d'emblée que Blanc (*Gazette hebdomadaire des Sociétés médicales de Bordeaux*, 31 juillet 1927) a déjà décrite. Cette forme serait caractérisée par la longueur de son incubation, par l'absence de phénomène inflammatoire, par son insidiosité.

Le Docteur Blanc a eu la bonté de mettre à notre disposition un certain nombre de ses observations personnelles. Elles sont à peu près toutes semblables et c'est justement de cette similitude que ressort tout le caractère clinique de cette forme, voire toute son insidiosité.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. V..., étudiant en médecine, vingt-quatre ans, ayant la sensation de quelques picotements urétraux, remarque un *suintement* (1) *grisâtre glycéreux, peu important*. Les urines du premier verre contiennent des filaments et des poussières. Le malade n'a jamais eu *aucune atteinte urétrale antérieure* : il a eu un coït qui peut être suspect *vingt-deux jours avant*. Il s'est d'ailleurs étudié depuis, dans la crainte de voir survenir quelque accident urétral, et c'est au moment où il est tout à fait rassuré qu'il constate ce suintement. Un examen bactériologique de l'exsudat montre du *pus*, mais *pas de microbes*. Le malade, très rassuré, se contente d'antiseptiques urinaires et nous tient au courant de son état périodiquement : malgré nos conseils, il néglige de se soigner sérieusement. Les mois passent sans changement : le malade mène une vie normale, ne suit aucun régime, ne subit aucune restriction, et conserve le matin une goutte blanchâtre.

Dans la journée, les lèvres du méat sont toujours humides, mais la pression du canal ne ramène aucun exsudat notable. A plusieurs reprises, le microscope ne révèle que du *pus*, sans *aucun microbe*. Quatre mois après, spontanément et brusquement, le malade fait une poussée de cystite intense avec hématuries terminales qui dure plusieurs jours. Tout rentre dans l'ordre, le suintement matinal persiste, les filaments aussi, et le malade ne pense plus à son canal. N'a-t-il pas, en effet, une *urétrite aseptique* ? Huit mois après l'apparition du suintement urétral, apparaît enfin une orchio-épididymite aiguë in-

(1) Nous entendons par suintement une sécrétion urétrale minime, constatable seulement lorsqu'on exprime le canal et n'apparaissant pas spontanément.

tense accompagnée de prostatite et spermatoecystite. Cette fois, il est impossible de ne pas penser au gonocoque. En effet, la spermoculture est positive. Le traitement rationnel est alors institué et suivi, et le malade guérit après un temps assez long.

OBSERVATION II

M. de Cuv..., lieutenant de vaisseau, trente-deux ans, nous est adressé par un confrère de nos amis pour suintement urétral persistant. Le malade n'a jamais eu autrefois d'épisode urétral et *il n'a jamais eu d'écoulement aigu*. Il s'est aperçu, un jour, qu'il avait un *léger suintement*. Il a consulté à Paris deux spécialistes éminents : on lui a fait des lavages, des dilata-tions au éniqué et au Kollmann, des urétroscopies. *Des examens nombreux n'ont jamais permis de déceler de gono-coques*. On trouva, paraît-il, du colibacille, et un des confrères consultés estima qu'il faisait de la collibacillurie qui entre-tenait cette urétrite. D'ailleurs, le suintement disparaissait et reparaissait à peu près régulièrement après les promenades à cheval (notre malade étant un mondain accompli montait souvent). Les urines contiennent des filaments dans le premier verre. Avant tout examen, nous pensons qu'il s'agit d'urétrite gonococcique avec foyer prostatique probable ensemençant l'urètre antérieur de temps à autre, après les courses à cheval en particulier. Nous examinons les filaments et trouvons bel et bien des gonocoques, déformés assurément, mais indubitables. Un traitement rationnel est alors institué : massages prosta-tiques, grands lavages et dilatation, vaccin de Thomson, nitrate d'argent. La guérison survient et se maintient absolue.

OBSERVATION III

M. And..., vingt-neuf ans, nous est adressé par un confrère d'Angoulême pour urétrite chronique résistant aux traitements usuels, y compris gonacrine et auto-vaccin. Le malade, *qui*

n'avait jamais eu aucun phénomène urétral, a présenté en 1922 un suintement peu important, blanchâtre, sans douleurs à la miction, survenu quinze jours environ après un coït. Dans l'exsudat urétral, on trouve du gonocoque. Depuis quatre ans, le malade présente des alternatives de guérison et de suintement à gonocoque. Ceux-ci finissent par disparaître avec le traitement; il persiste un suintement amicrobien, les cultures étant négatives. Une urétroscopie nous fait voir un petit polype de l'urètre antérieur qui est détruit par l'étincelage.

OBSERVATION IV

M. Pétr..., trente-cinq ans, capitaine d'infanterie, *n'a jamais eu de blennorragie*. Il vient nous consulter parce qu'il y a trois mois, *douze jours environ après un rapport suspect*, il a vu apparaître un *suintement jaunâtre*, dans lequel l'examen direct et la culture ont mis en évidence des *gonocoques* intra-cellulaires. Le malade, depuis lors, fait des injections de permanganate et absorbe un antiseptique urinaire sans résultats. L'urine contient de nombreux filaments. Un de nos confrères ordonne dilatation, massage prostatique, nitrate d'argent, auto-vaccin. Disparition du gonocoque vérifiée, paraît-il, par plusieurs examens directs suivis de cultures, et par spermoculture. Le suintement incolore et les filaments persistent. Nous voyons le malade à ce moment-là, désespéré. Il présente un suintement aqueux urétral assez abondant, dans lequel nous trouvons des gonocoques. Le massage prostatique ramène du pus. Après trois mois de traitement, guérison.

OBSERVATION V

M. Gar.... quarante-sept ans, voyageur de commerce, nous est adressé par un confrère de Paris pour pesanteurs périméales, douleurs intermittentes à la miction, pollakiurie, urines troubles avec filaments. Le malade *n'ayant jamais eu de blen-*

norragie, a constaté au mois de février 1926 un *suintement glycéreux, incolore, très minime*, accompagné de chatouillements dans le canal. Il prend des antiseptiques urinaires. Les phénomènes persistent et il y a des filaments dans l'urine. Six mois après, apparition d'une orchite-épididymite subaiguë. Le mois suivant, apparition d'une cystite intense qui dure quarante-huit heures. Actuellement, urines troubles avec nombreux filaments. L'examen direct y révèle de rares gonocoques indiscutables, et le traitement convenable est institué.

OBSERVATION VI

M. Yv..., quarante ans, vient nous consulter, parce qu'il a constaté, il y a six semaines, une *goutte matinale claire, glycéreuse*, en même temps qu'il présentait un peu de pollakiurie. *Aucun suintement urétral dans la journée*. Un traitement par pommade au protargol et injection antiseptique quelconque n'ont amené aucun résultat. *Le malade n'a jamais eu de blennorragie*. A notre examen, il présente un suintement urétral minime qui nous montre au microscope : pus et rares gonocoques. Les urines sont claires avec des filaments. Le traitement amène rapidement la disparition du suintement et la limpidité parfaite des urines.

OBSERVATION VII

M. R..., étudiant en médecine, vingt-cinq ans, vient nous voir parce que, depuis quelques jours, il présente des chatouillements dans le canal. Nous constatons un *petit suintement clair glycéreux*, que nous examinons au microscope. Nous trouvons : du pus, des cellules épithéliales bourrées de saprophytes banaux du genre entérocoques, et plusieurs colonies très nettes de gonocoques. Les urines sont claires avec de rares filaments. Le malade a des rapports réguliers avec la même femme depuis plusieurs années et n'a jamais présenté

le moindre incident urétral. Nous pensons que la partenaire doit avoir une légère métrite du col et nous demandons à l'examiner. Notre hypothèse est confirmée. L'un et l'autre sont rapidement guéris après traitement approprié.

OBSERVATION VIII

M. Cas..., ingénieur, trente ans, nous est adressé par un confrère de Paris. Au mois de juillet 1926, *n'ayant jamais eu de blennorragie antérieurement*, il a présenté, *trois semaines au moins après un rapport suspect, un suintement urétral insignifiant dans lequel on n'a pas constaté, paraît-il, de gonocoques*. Traité par des injections, il présente, deux mois après, une épидидymite gauche avec urétrite postérieure. En décembre, le suintement urétral persiste et *on trouve des gonocoques*. Spermoculture positive fin décembre et série de douze injections d'auto-vaccin. Il persiste des filaments dans l'urine. On pratique des dilatations au Kollmann et des massages prostatiques, et en même temps de la diathermie prostatique et testiculaire. Il apparaît alors une vésiculite droite. On fait une spermoculture qui est, paraît-il, négative, ne montrant que des staphylocoques, et une trétroscopie qui est, paraît-il, également négative. Le malade continue la diathermie et fait deux séries de vaccin Tonagone qui provoque au début un écoulement aseptique (?) abondant qui dure quatre jours, et une réaction au niveau de l'épididyme gauche qui dure deux jours.

Nous voyons le malade à ce moment-là. Il présente de nombreux filaments dans l'urine et une vésiculite droite absolument nette. Nous instituons un traitement simple qui amène au bout de un mois et demi la guérison, vérifiée par la limpidité des urines, l'intégrité de l'urètre examiné au Mac Carty et avec notre urétroscope à vision directe, la disparition de tout signe vésiculaire.

OBSERVATION IX

M. Sp..., vingt-deux ans, navigateur, a constaté par hasard, il y a quatre mois, une goutte matinale blanchâtre, en pressant sur son canal. Aucune brûlure à la miction, aucun écoulement apparent. Le malade antérieurement n'a jamais eu d'écoulement urétral. Il prend du santal et fait de grands lavages au permanganate pendant trois semaines. Aucun changement : la goutte matinale persiste avec les mêmes caractères. Injections de protargol pendant quinze jours : aucune modification. Le malade cesse tout traitement et observe un régime strict. Un mois après apparaît une orché-épididymite droite et le malade vient nous consulter à ce moment, avec un suintement abondant verdâtre, contenant du gonocoque et une prostatite subaiguë.

OBSERVATION X

M. Peric..., gendarme, vingt-cinq ans, *n'a jamais eu de blennorrhagie*. Il y a six mois, quelques jours après un rapport suspect, il constate par hasard un *suintement clair comme de l'eau*. Traité sans résultat par des injections diverses, on trouve des *gonocoques* dans le suintement. Le malade est mis aux grands lavages de permanganate et d'oxy-cyanure et aux instillations d'argyrol. Aucune amélioration.

Le malade vient nous consulter : il présente un *suintement aqueux ayant les mêmes caractères qu'au début*. Les urines sont claires avec filaments. Traitement et guérison un mois après.

OBSERVATION XI

M. V..., étudiant en médecine, consulte pour picotement au niveau de l'urèthre et pour humidité uréthrale. Le malade n'a jamais eu de blennorrhagie antérieure. Le coït infectant remonte à vingt-cinq jours.

L'examen montre un suintement muco-purulent, des filaments nombreux dans le premier jet d'urine. Prostate est normale. L'examen bactériologique est négatif. Mis en traitement de suite, on ne constate une amélioration manifeste qu'après dilatation au beniqué et traitement au nitrate d'argent. Cependant, un nouvel examen bactériologique montre du gonocoque. La guérison n'est obtenue que sept mois après le début des accidents.

OBSERVATION XII

M. V., consulte pour suintement urétral blanchâtre survenu quinze jours après un coït suspect. Le malade est resté deux mois sans traitement et sans amélioration. Pendant le mois suivant, il a fait de grands lavages au permanganate sans constater aucune modification heureuse.

Les urines sont claires, mais contiennent des filaments.

L'examen de la sécrétion urétrale montre des gonos isolés. Après plusieurs mois de traitements (argyroll, sulfate de zinc, nitrate d'argent, dilatation aux beniqués), les gonocoques finissent par disparaître, mais le suintement glycéreux persiste; il se tarit sous l'influence du traitement cité plus haut. Les filaments ne disparaissent qu'au bout d'un an.

OBSERVATION XIII

M. R., consulte pour brûlure à l'extrémité du canal; le malade fait remonter ce symptôme à l'ingestion par mégarde d'essence de térébenthine. Il n'a jamais eu de blennorragie.

Les urines sont claires, mais contiennent des filaments.

Le laboratoire ne montre pas de gono.

La prostate est légèrement sensible. Peu de temps après, le malade fait une poussée de cystite. Un nouvel examen bactériologique est pratiqué et après massage de prostate on trouve gonocoques.

OBSERVATION XIV

M. R. consulte pour goutte uréthrale constatée trois semaines auparavant et qu'il a traitée sans succès par des injections au sulfate de zinc. Ce malade n'a jamais eu de blennorrhagie antérieure. Les urines sont claires mais contiennent des filaments. L'examen bactériologique est négatif.

Trois semaines après le début du traitement, le malade nous amène sa femme avec laquelle il a eu des rapports malgré notre défense. Cette dernière présente une métrite-vaginite aiguë avec pertes verdâtres très abondantes, dans lesquelles le laboratoire met en évidence du gonocoque avec une flore microbienne abondante et variée. Quinze jours après, le malade présente une cystite très violente avec hématurie terminale.

La guérison n'est obtenue que trois mois après.

OBSERVATION XV

M. N... a eu des rapports fréquents depuis plus d'un an avec la même personne. Il a remarqué, il y a deux ou trois mois, par hasard, en faisant sa toilette, un petit suintement uréthral blanchâtre auquel il n'a pas prêté attention. Ne ressentant aucune brûlure, il n'a suivi aucun traitement, aucun régime. Ce suintement persiste et il le constate à deux ou trois reprises sans s'inquiéter outre mesure.

Il est amené à consulter par une douleur scrotale, survenue subitement à gauche. A l'examen, on note une orchite-épididymite. Les urines sont claires, mais contiennent des filaments. Le laboratoire décèle de rares gonocoques dans les filaments, de même dans le liquide prostatique.

OBSERVATION XVI

M. S..., qui n'a jamais eu de blennorrhagie, constate quinze jours après un coït suspect un suintement indolore. Les urines

étaient claires, mais contenaient des filaments. Il est traité par un spécialiste comme s'il s'agissait d'un échauffement sans importance, d'une urétrite simple, le laboratoire n'ayant pas montré de gonocoques.

Vient nous consulter au bout d'un mois. On constate à l'examen une grosse prostate et de nombreux filaments dans les urines. L'examen microscopique décèle des gonocoques. Après traitement approprié, guérison en deux mois et demi.

OBSERVATION XVII

M. L..., après un coït suspect de quinze jours, constate un suintement muco-purulent. Il est traité pendant trois mois et demi par grands lavages au permanganate, dilatation aux béniqués, instillation de nitrate d'argent. Aucune amélioration de son état. Persistance d'un suintement blanchâtre. Les urines sont claires mais contiennent des filaments. Le laboratoire ne décèle pas de microbe. Un nouvel examen bactériologique, fait deux mois plus tard, après ingestion d'alcool, montre la présence de gonocoques extra-cellulaires. La guérison clinique et bactériologique n'est obtenue que deux mois après.

OBSERVATION XVIII

M. de L... n'a jamais eu d'écoulement blennorragique; il a remarqué, il y a un an, une légère sécrétion uréthrale non douloureuse, pour laquelle il a consulté un confrère. Il a été traité au protargol et vaccination. La miction disparaît et réapparaît constamment.

Actuellement, les urines sont claires mais présentent des filaments; la prostate n'est pas grosse et non douloureuse. La laboratoire ne décèle pas de gonocoques.

Après traitement habituel, guérison rapide.

OBSERVATION XIX

M. P..., marié, présente depuis quelques semaines une goutte matinale avec filaments dès le premier jet d'urine. Il n'a jamais eu de blennorragie antérieure. L'examen bactériologique montre la présence de nombreux cocci. Il est traité sans résultat par l'argyroll, le nitrate d'argent, les dilatations aux béniqués sans résultat.

La femme du malade est examinée et l'on note de la métrite du col avec présence de gonocoques. Un nouvel examen de la sécrétion uréthrale chez le mari montre, cette fois, quelques rares gonocoques extra-cellulaires. Le traitement simultané des deux malades amène la guérison.

OBSERVATION XX

M. T... n'a jamais eu de blennorragie. Il vient consulter pour goutte blanchâtre uréthrale constatée il y a trois mois. Traité par des lavages à l'oxycyanure sans résultats. Le laboratoire ne décèle pas de gonocoques. Après dilatation aux béniqués et traitement au nitrate d'argent, amélioration. Seule persistance d'un suintement glycérineux et de filaments. Un nouvel examen bactériologique fait deux mois après montre des filaments et de rares gonocoques.

Après traitement prolongé de cinq mois, guérison.

N. B. — *Les premières observations ont paru dans l'article de Blanc, en juillet 1927. Les dernières sont résumées et inédites.*

Ce qu'est l'urétrite gonococcique chronique d'emblée.

Bien que le mot chronique d'emblée satisfasse difficilement l'esprit, la pathologie générale nous enseigne cependant qu'une maladie peut être « chronique par ses symptômes ou chronique par son évolution ». Il en est ainsi pour la blennorragie. Elle peut devenir chronique lorsqu'elle succède à des accidents aigus, mais elle peut être chronique également lorsqu'elle s'installe à bas bruit, après une incubation plus ou moins longue, sans avoir présenté au préalable d'urétrite aiguë. C'est cette forme qui nous intéresse, elle n'est pas très connue et pourtant suffisamment répandue.

Comment l'appellerons-nous ? *Blennorragie chronique d'emblée* ? Non, il nous semble que cette appellation soit impropre, ne traduise pas exactement l'idée que nous nous sommes faite de cette forme clinique. Au mot blennorragie est trop liée l'idée d'accidents aigus ; pour le public comme pour beaucoup de médecins, le mot blennorragique invoque l'inflammation uréthrale, la douleur, l'écoulement. Or, dans la forme clinique étudiée ici, le tableau clinique ressemble à celui d'une blennorragie, arrivée par exemple au troisième ou quatrième mois de son évolution, dans laquelle la réaction inflammatoire est presque nulle, bien qu'existante, chez laquelle, enfin, la ténacité, malgré le traitement mis en œuvre, n'entraîne aucune modification de caractère dans la chronicité de l'affection.

Pour toutes ces raisons, nous appellerons *Urétrite gonococcique chronique d'emblée*, la forme clinique que nous allons étudier plus en détails maintenant. Cette appellation nous apparaît à la fois comme une définition et un résumé; elle nous montre la réaction uréthrale, l'agent causal, l'évolution et la manifestation primitive de l'affection.

Symptomatologie et évolution clinique.

Tantôt, c'est par hasard que le sujet regarde son méat et constate à la pression une légère goutte opalescente, même une simple humidité.

Tantôt, c'est un léger chatouillement qui attire son attention et lui fait constater la goutte révélatrice.

Cette découverte inattendue le fait s'interroger et revenir en arrière dans le temps. Il n'a jamais eu d'atteinte antérieure, il ne s'agit donc pas de réinfection. Il n'a pas eu de rapport depuis quinze, vingt, vingt-cinq jours quelquefois, il ne souffre pas en urinant, ce ne peut être une blennorragie. Se rassurant ainsi avec toutes ces bonnes raisons, beaucoup de sujets vont négliger ce symptôme. La goutte n'est pas gênante, elle n'est donc pas inquiétante.

Heureusement que d'autres, moins optimistes, voyant la persistance de cette humidité, viennent consulter et demander la véritable cause de ce suintement urétral.

Aux questions du médecin, ils confirment leur constatation et leurs sensations; jamais ils n'ont ressenti la moindre douleur en urinant, jamais un écoulement abondant par ses taches compromettantes n'est venu souiller leur linge, jamais ils n'ont ressenti aucune sensation objective au niveau de l'urèthre, si ce n'est parfois un léger chatouillement.

L'examen sera en rapport avec les idées du malade. On ne notera, en effet, aucun œdème du prépuce et du gland. Aucune tuméfaction douloureuse, simplement une légère

humidité. La pression du canal faite de la racine de la verge vers le méat ramènera une goutte blanche grisâtre, incolore parfois, ou bien séreuse, déterminant sur un coton une tache citrine. Les urines contiendront des filaments dans le premier verre, d'ordinaire pas très abondants, et seront limpides dans le second verre.

Diagnostic clinique et bactériologique.

L'examen bactériologique de la sécrétion donne des réponses les plus incertaines. Les résultats les plus variés sont souvent obtenus et, si le microscope permet parfois de lever le voile, combien de fois laissera-t-il dans l'ombre l'agent causal de cette uréthrite et laissera-t-il ainsi commettre les pires erreurs !

Dans les cas heureux, la présence du gonocoque sera décelée. Le microbe apparaîtra alors comme au cours de blennorragies aiguës : c'est-à-dire intra ou extra-cellulaire en amas avec polynucléose abondante et cellules épithéliales nombreuses, ou bien, comme au cours des blennorragies chroniques, en petits amas extra-cellulaires ou isolés, avec de nombreuses cellules épithéliales et des polynucléaires plus ou moins rares.

Martin, dans un article récent (*Journal de Médecine de Bordeaux*, janvier 1930) prétend avoir toujours constaté la présence du gonocoque dans tous les exsudats qu'il aurait étudiés. Nous n'avons pas eu la chance de cet auteur et, dans tous nos cas observés, nous avons considéré comme une rareté les examens où l'on pouvait déceler l'agent de l'infection neisserienne. Le plus souvent, l'examen bactériologique de la sécrétion est négatif. On constate simplement l'existence de polynucléaires agglomérés en abondance, des éléments anatomiques divers, des cellules épithéliales, des leucocytes, mais aucune forme microbienne. Cependant, nous devons dire qu'un examen attentif, fait par quelqu'un de très habitué, permettra quelquefois de déceler un diplocoque à Gram négatif, d'aspect plus ou moins typique.

Pronostic. - Complications.

Pour un esprit non averti, l'absence de gonocoque fera rejeter l'idée d'une blennorragie et porter le diagnostic d'urétrite aseptique. L'alcool, les épices, les excitants seront interdits; certains médecins iront même jusqu'à prescrire au malade, à côté des antiseptiques urinaires, une médication locale, par exemple des crayons médicamenteux à l'oxyde de zinc. Sous l'influence de cette médication, au bout de plusieurs mois, le suintement pourra se tarir, il n'en restera pas moins des filaments abondants dans l'urine. D'ordinaire, la goutte matinale persistera et les nouveaux examens bactériologiques resteront inactifs malgré la réactivation artificielle par l'ingestion de bière, d'alcool, d'eau de Vichy, ou mieux encore le nitrate d'argent, instillé la veille de l'examen microscopique.

Il en est ainsi jusqu'au jour où « le rideau se lève sur le second acte et le malade se réveille avec une cystite plus ou moins intense ou avec une orchio-épididymite qui éclaire enfin la religion du médecin. Si on a alors la curiosité de faire une spermoculture, on s'aperçoit qu'on a affaire à des gonocoques, et il ne reste plus qu'à finir par où on aurait dû commencer, c'est-à-dire par le traitement de la gonococcie » (Blanc).

Ces faits nous amènent donc à dire qu'il existe un certain nombre de gonococcies que ne peuvent dépister ni l'examen clinique le mieux conduit, ni l'étude microscopique la plus minutieuse. Ce sont ces gonococcies « camouflées » que nous considérons comme secondaires à l'urétrite gonococcique chronique d'emblée, que nous envisageons

comme complication d'une uréthrite blennorragique constatée ou complètement ignorée. Ces gonococcies s'expliquent par la migration spontanée et naturelle du gonocoque. Ce dernier, en effet, localisé d'abord à l'urèthre antérieur qu'il a enflammé plus ou moins légèrement, ne va pas tarder, si aucun traitement ne vient s'opposer à son expansion, à s'étendre, gagner du terrain et ensemençer l'urèthre postérieur; de là, il va atteindre le carrefour génito-urinaire et entraîne, suivant sa localisation, des manifestations génitales ou urinaires.

Parmi les manifestations urinaires, la plus fréquente est la cystite; nous la signalons de suite, car, contrairement aux complications génitales, la cystite ne présente pas le même caractère d'insidiosité. Dès l'arrivée du gonocoque sur la muqueuse vésicale, cette dernière est enflammée et traduit son irritation par des douleurs à la miction, des mictions fréquentes et surtout par des urines très troubles et souvent hématuriques. Si bien que de tels symptômes sont obligés d'attirer l'attention et de faire porter le diagnostic. La seule difficulté réside justement, lorsque l'uréthrite primitive a passé inaperçue, de rattacher cet accident vésical à sa véritable cause et de faire ainsi le traitement étiologique.

En dehors de l'urèthre et de la vessie, la plus fréquente localisation du gonocoque se trouve être les canaux déférents, les vésicules, la prostate, les glandes de Cooper où il peut séjourner un temps infini. Ainsi, mis à l'abri dans un de ses coins préférés, il pourra y survivre sans bruit, sans rien manifester du côté de sa localisation, sans rien manifester du côté de l'urèthre, et cela pendant une durée en quelque sorte indéfinie, à moins qu'à l'occasion d'une cause fortuite, il ne vienne bruyamment révéler sa présence. A vrai dire, ce gonocoque est peu virulent; il n'en est pas moins vrai que le porteur est un sujet dangereux. Les excès de coït ou de régime, ou bien encore tout nouveau terrain sur lequel le microbe se trouve transplanté suffira

pour lui faire récupérer toute sa première virulence. De là, chez ce porteur de germe, des complications génitales graves et chez sa partenaire toutes les tristes conséquences de l'infection nëisserienne.

Telles sont les manifestations génitales aiguës qui peuvent éclater tout d'un coup chez un sujet d'apparence sain. Mais, pour être complet, nous devons signaler, et ce sont ces manifestations qui semblent être les plus fréquentes, que ces accidents prennent souvent une allure chronique et évoluent par poussées. Leur symptomatologie est d'ordinaire des plus frustes. Une légère pesanteur périnéale, avec un peu de gêne ou de douleur lors de la défécation, feront suspecter la prostatite et examiner les urines dans lesquelles on constatera des filaments à caractères spéciaux que nous étudierons plus loin. D'autres fois, ce sera une sensation de pesanteur dans les bourses, un léger gonflement et une douleur au niveau du cordon qui viendront faire suspecter la déférentite et l'orchi-épididymite.

Enfin, souvent, ce sera la réapparition de l'urétrite primitive ou bien encore la persistance et la ténacité de ce suintement uréthral initial qui fera penser que l'inflammation uréthrale est la conséquence de la lésion génitale.

Dans ces cas, un examen approfondi s'imposera et, chez tous ces malades, on devra pratiquer systématiquement le toucher rectal. La prostate pourra apparaître grosse, plus ou moins régulière, avec des points ramollis, douloureux à la pression. Le diagnostic est alors évident. Mais, souvent, le volume et la consistance de la glande seront à peine modifiés; seul un doigt exercé pourra reconnaître une légère infiltration œdémateuse de la glande dont le volume est à peu près normal. C'est alors qu'un massage suffisamment appuyé fera sourdre au méat une certaine quantité de liquide blanchâtre, soit yalin, soit séro-purulent, dans lequel l'examen microscopique et surtout la culture feront reconnaître l'existence du gonocoque.

Il est fréquent également que le toucher permette de

constater de chaque côté de la prostate une tuméfaction allongée, de forme vermiculaire, de consistance plus ou moins irrégulière et dont le massage exprime également du liquide et qui correspond à une vésicule séminale infectée. L'examen d'urine, dans ce cas, viendra montrer des filaments de provenance prostatique. Ce sont des filaments épais, tantôt légers, transparents et surnageants, constitués par du mucus, tantôt épais, lourds et tombant au fond du verre, constitués véritablement par du pus.

On terminera l'examen par l'exploration du canal déférent et de l'épididyme; s'ils sont atteints, on pourra noter un gonflement, une induration, de la douleur au niveau de ces organes, symptômes souvent légers mais qui suffisent pour établir la poussée gonococcique et commander une spermo-culture. Grâce à elle, on pourra, dans la plupart des cas, mettre en évidence l'existence des germes larvés, grâce à elle, on pourra réaliser un auto-vaccin et ainsi venir à bout des germes décelés, dégonociser les malades dans un temps relativement restreint.

Pathogénie.

De l'ensemble de cette étude sur l'urétrite gonococcique chronique d'emblée et des complications de cette forme qui constituent ce que beaucoup d'auteurs ont appelé la forme gonococcique génitale d'emblée, il s'ensuit que toute inflammation blennorragique peut être variable d'intensité dans sa manifestation clinique.

L'observation courante nous permet d'affirmer que plus les phénomènes inflammatoires sont aigus, plus l'infection a des chances de guérir rapidement et qu'au contraire plus les phénomènes sont minimes, moins le malade sera inquiété et plus le pronostic devra être sévère; cette dernière forme de la blennorragie étant tenace et beaucoup plus difficile à atteindre que la précédente et par là même à guérir complètement.

L'explication de ces faits cliniques ne peut se donner qu'en faisant appel aux deux facteurs qui régissent toute infection : le microbe et le terrain.

Le microbe.

Dans la recherche du gonocoque, les examens microscopiques se sont souvent montrés négatifs; ils nous ont permis cependant à plusieurs reprises de constater la présence d'un diplocoque plus ou moins typique que nous avons cru être l'agent causal et pris pour une forme de passage du gonocoque. La biologie de ce microbe est si peu connue que nous nous sommes cru autorisé à penser ainsi et à admettre qu'il existait plusieurs races de gonocoques, comme nous connaissions plusieurs races de meningocoques. Le microbe de cette urétrite blennorragique chronique d'emblée serait

donc un gonocoque qui, très rapidement, perdrait sa forme initiale pour devenir invisible et rester plus ou moins latent. Par sa longue incubation, ses manifestations cliniques, ses complications génitales, il nous semble que nous ayons affaire à un microbe de virulence atténuée tout d'abord, mais qui, sous l'influence des causes les plus diverses, des modifications de terrain, soit capable de retrouver toute sa virulence et de manifester sa présence souvent oubliée ou méconnue par des complications aiguës des plus graves. Il provient d'ordinaire d'un col utérin, atteint de métrite d'apparence banale où le gonocoque eut à subir d'une part les antiseptiques les plus divers, et, d'autre part, les réactions de l'organisme qui, associé au vieillissement, ne tardèrent pas à atténuer sa virulence. C'est ainsi que, caché dans l'intervalle des règles, dans les culs-de-sac glandulaires, il reste inoffensif et ne manifeste sa présence par aucun symptôme. Mais, au moment des époques menstruelles, avec la congestion locale des organes, il va trouver un renouveau d'activité et, expulsé des glandes avec le flux menstruel, contaminer un partenaire ou provoquer chez celle qui était infectée des accidents plus ou moins aigus. Ses manifestations dépendront du terrain où il va se développer et de l'excès de virulence qu'il a su retrouver. C'est ainsi que le gonocoque qui nous intéresse dans la forme clinique étudiée ici, va s'installer dans le canal et remonter même dans l'urèthre postérieur et les voies génitales sans attirer parfois l'attention de son hôte, qui fera une blennorragie chronique d'emblée ou, plus exactement, une uréthrite gonococcique chronique d'emblée. Ce terme de blennorragie ne devant s'appliquer qu'aux écoulements purulents manifestes.

Le terrain.

Enfin, le terrain est un facteur important dans l'évolution de la maladie. La pathologie générale nous montre que la même affection n'évolue pas, en effet, de la même façon

chez les individus différents; pour un germe semblable et de virulence égale, les réactions de l'organisme sont variables. Certains réagiront violemment, d'autres faiblement. Cette variabilité des symptômes en intensité ne s'explique que par les causes générales et les causes locales qui vont rendre plus résistant ou amoindrir le terrain sur lequel se développera l'infection. La tuberculose, la grippe, les maladies anergisantes et longues vont être des phénomènes d'aggravation; elles vont prolonger indéfiniment l'écoulement de la blennorrhagie et favoriser l'éclosion de complications si, en même temps, coïncident des excès génitaux ou des libations exagérées. En un mot, l'infection neissérienne se déclare, se réveille d'autant plus facilement et persiste d'une façon d'autant plus tenace qu'il existe une déchéance de l'état général par infection surajoutée. Puisque nous envisageons ici les causes d'aggravation de la blennorrhagie, il nous semble permis de faire remarquer que la théorie si chère à certains auteurs du « laisser-couler » n'a connu des mécomptes et des déboires qu'à cause du terrain sur lequel le germe s'était greffé. Il est reconnu, en effet, que, dans les conditions normales d'hygiène et de défense phagocytaire, la virulence du gonocoque avait une durée très éphémère et sa persistance dans l'urèthre ne dépassait pas un temps très limité; sa disparition complète et définitive arrivait naturellement. Cela est peut-être vrai chez les sujets vigoureux et forts, mais chez des asthéniques et des malingres, il est bien douteux que l'évolution naturelle de l'infection entraîne une guérison complète. De ceci, retenons au moins deux choses : que le pronostic dépend de la résistance du sujet et que l'infection blennorrhagique, quelle que soit sa forme, est une maladie générale et que, dans le traitement, on doit adjoindre aux soins locaux une thérapeutique reconstituante de l'organisme.

Si beaucoup de maladies sont causes d'aggravation, on doit reconnaître que toute poussée fébrile au cours d'une

blennorrhagie peut être considérée comme un facteur de guérison.

Nous avons eu l'avantage de constater que toute poussée fébrile aiguë, rapide, suivie de brusque défervescence, peut modifier le cours d'une blennorrhagie : les paludéens atteints de blennorrhagie sont tous améliorés à l'issue de leur crise; n'en est-il pas de même au cours des complications neisériennes (épididymite ou orchite) qui, par la forte élévation thermique qu'elles provoquent, tarissent momentanément le flux uréthral.

Si les causes générales sont facteurs d'aggravation, les causes locales ne sont pas moins importantes. Tantôt, c'est un ancien blennorrhagique ou un sujet qui se croyait indemne qui, sans infection nouvelle, voit, à la suite d'écart de régime, d'une fatigue inaccoutumée, de plusieurs coïts répétés, les signes uréthraux apparaître. Tantôt, c'est un rétentionniste aigu qui, à l'occasion de la dilatation de son rétrécissement causal, présente à nouveau l'écoulement gonococcique qui, complètement disparu depuis de nombreuses années, ne l'avait jusqu'ici nullement inquiété; tantôt, enfin, c'est un nouveau marié, déclaré guéri et qui, cependant, détermine chez son épouse des accidents gonococciques plus ou moins bruyants ou plus ou moins frustes. Comment expliquer ces faits, si ce n'est par l'action locale qui est venue libérer le microbe et lui donner un renouveau d'activité. Ces faits ne peuvent s'expliquer que par des conditions de réceptivité meilleure. C'est ainsi qu'un porteur de germes peut avoir des rapports pendant des mois sans infecter sa partenaire et, subitement, voit se déclarer chez cette dernière des accidents gonococciques à allure chronique. Accidents qui n'auraient pas manqué d'être aigus s'il s'était agi d'une jeune mariée : le gonocoque trouvant un excellent terrain de développement sur la muqueuse en mauvaise condition de défense de la femme déflorée. C'est ainsi que s'expliquent les uréthrites, les salpingites aiguës des premiers mois de mariage provoquées par la contami-

nation d'un mari qui n'avait jamais infecté sa maîtresse.

Pour terminer ce chapitre sur le microbe et le terrain, rappelons ce que Blanc, en des termes imagés, a écrit quelque part : « Bonne graine et bon terrain, la plante pousse bien; bonne graine et mauvais terrain, ou bon terrain et mauvaise graine, la plante pousse mal. Un germe peu virulent chez un individu peu réceptif ou puissamment défendu par ses propres gardiens organiques déterminera une uréthrite gonococcique chronique d'emblée au lieu d'une blennorragie aiguë classique. »

Diagnostic différentiel.

La fréquence de l'affection et la gravité des complications sont des facteurs suffisamment importants pour que l'on rétablisse précocement le diagnostic et que l'on apporte de suite le traitement nécessaire.

Avec quelle affection devra-t-on ne pas confondre l'urétrite gonococcique chronique d'emblée ?

La blennorragie aiguë :

une notion courante et absurde veut que la blennorragie dure deux ou trois mois au plus. Cette limite passée, l'infection est chronique, même si les symptômes sont semblables à ceux du début de l'affection. En réalité, la durée d'une blennorragie, quelle qu'elle soit, ne constitue pas à elle seule un élément de chronicité. Certains cas de blennorragie traités par les lavages durent trois, quatre mois et plus; aussitôt que l'on cesse les lavages, l'état aigu réapparaît. Au bout de six mois, elles sont exactement semblables à ce qu'elles étaient au huitième jour.

Les blennorragies répétées

peuvent simuler la chronicité également. Certains sujets sont si propices à l'infection blennorragique qu'à chaque rapport suspect ils prennent la blennorragie. Ils n'en ratent pas une. Il ne faudrait pas confondre les chaudes multiples avec une poussée de l'urétrite gonococcique chronique d'emblée réveillée par des excès quelconques.

Le vulgaire échauffement,

terme si cher au public et qui n'est autre que la forme subaiguë de la gonococcie, devra également ne pas être confondu avec la blennorrhagie chronique d'emblée. C'est une infection qui est due à un microbe atténué qui se greffe sur un terrain résistant ou bien encore vacciné par des atteintes ultérieures et qui est caractérisée par une incubation très courte et un suintement nettement purulent.

Les uréthrites aseptiques :

Notre opinion sur ce point avec Noguès et Blanc est que ces uréthrites n'existent pas. On a donné beaucoup trop d'importance à cette forme et une fréquente cause d'erreur provient qu'on a trop souvent tendance à considérer comme non gonococciques des uréthrites dans lesquelles on n'a pas trouvé de gonocoque. Pour certains auteurs, la constatation des symptômes d'urétrite ne suffisent nullement à porter le diagnostic de gonococcie chronique; pour eux, c'est la découverte de l'agent spécifique lui-même, la constatation *de visu* du gonocoque qui est vraiment dans cette affection le critérium du diagnostic. Si le gonocoque est en cause, il faut le voir. Or, il est des cas faciles où cette découverte du gonocoque se fait par simple examen microscopique de l'exsudat urétral; par contre, nombreux sont les cas où cette même bactérioscopie directe est totalement muette. Faut-il dire urétrite aseptique primitive ? Non, le mot est d'abord illogique et nous pensons que cette affection n'existe pas en tant qu'entité morbide définie; d'ailleurs, parler « d'urétrite aseptique » est un paradoxe : toute sécrétion urétrale purulente est d'origine microbienne. Mais il y a des espèces microbiennes qui échappent à nos procédés d'investigation et demandent une technique spéciale. Ainsi, par exemple, les anaérobies. De plus, ces

espèces microbiennes peuvent occuper la profondeur des productions pathologiques auxquelles elles ont donné naissance. La prolifération microbienne, au lieu de se faire en surface, a son siège dans les profondeurs des culs-de-sacs glandulaires, les uréthrites amicrobiennes sont donc septiques et devraient être tenues pour contagieuses. »

Les faits cliniques ont du reste montré que, toutes les fois que l'on parlait d'uréthrite aseptique, il s'agissait généralement de gonocoque. Si le microbe n'apparaît pas, c'est qu'il est passé à l'état larvé, latent, qu'il a pris des caractères bactériologiques tels qu'il devient pseudo-gonocoque ou bien indécélable quant à sa forme, mais cela ne change rien absolument aux faits cliniques. Peu importe la forme qu'adopte l'agent microbien; ce qui reste bien établi, c'est que le porteur pourra subir toute la gamme des complications génitales secondaires et tardives que nous avons signalées. N'est-ce pas la preuve qu'il s'agit bien là de gonocoque légitime et non, comme on l'a dit, de faux gonocoque que rien ne distingue d'ailleurs des vrais : ils sont vrais, puisqu'ils redeviennent contagieux ou générateurs de complications souvent redoutables. En résumé, « si on regardait d'un peu plus près, comme dit Blanc, on verrait que la classe des uréthrites dites aseptiques aurait besoin d'être démenbrée et qu'il n'y resterait plus grand'chose quand le gonocoque aurait pris sa part. . . »

D'après nous,

uréthrite aseptique primitive = uréthrite gonococcique dans 90 0/0 des cas, et quand nous ne voyons aucun microbe, nous estimons qu'il y a du gonocoque quelque part, sans que nous ayons besoin d'ailleurs, pour l'affirmer, de faire pratiquer une spermo-culture. »

En résumé, l'uréthrite gonococcique chronique d'emblée

s'individualise nettement et mérite, à côté des formes cliniques déjà décrites, de prendre place. Elle s'impose par :

Son atteinte primitive;

Son incubation prolongée;

La longueur de son évolution;

Sa résistance au traitement;

La fréquence des complications;

La nature de son écoulement souvent amicrobien;

Son insidiosité, qui la fait passer inaperçue.

Traitement.

Cette forme de la blennorrhagie est une affection traînante et persistante, aussi le traitement devra-t-il être institué très sérieusement dès le début. Surtout, ne pas attendre, sous prétexte qu'on ne trouve aucun microbe dans le suintement uréthral. « Il y a lieu de se méfier de ces gonocoques peu virulents à l'origine qui, en ne cultivant pas ou en cultivant mal en surface dans l'urèthre, vont cultiver parfaitement bien en profondeur dans les voies génitales et qui passent trop souvent inaperçus. Pour être moins bruyants, ils n'en sont pas moins dangereux et ils méritent qu'on s'y intéresse. » (Blanc.)

La meilleure façon de lutter contre ce microbe est d'employer dès le début les grands lavages : soit au permanganate, à l'argyroll, au sulfate de cuivre, à l'oxycyanure, en un mot d'employer la médication habituelle de la blennorrhagie.

Parmi les malades observés, certains ont fait du vaccin antigonococcique; il ne semble pas que leur état ait été heureusement influencé par cette thérapeutique. Elle doit cependant être pratiquée systématiquement en présence des formes traînantes et rebelles.

Dans ces cas, la dilatation au béniqué, les instillations au nitrate d'argent trouvent également leur indication. Cette médication agit plus directement sur le gonocoque, le rend plus accessible et permet d'affirmer une évolution plus rapide de la maladie.

Quant au régime, nous avons constaté qu'il n'avait aucune influence sur l'évolution de l'infection. Un malade

peut boire des boissons fermentées, alcoolisées, sans que le suintement urétral soit augmenté pour cela. Il sera bon, cependant, de prescrire au malade beaucoup d'hygiène et le moins de fatigue possible.

En résumé, la médication employée dans l'urétrite gonococcique chronique d'emblée est la même que celle des autres formes cliniques de la blennorragie. Retenons simplement qu'il y aura avantage à agir par offensives espacées et renouvelées. On pourra, par exemple, commencer par de grands lavages au permanganate, puis passer aux instillations au nitrate d'argent et terminer par des dilatactions aux béniqués, accompagnées de grands lavages. Après ce traitement, on pourra mettre les malades au repos pendant trois semaines et reprendre par la suite l'un ou l'autre moyen de traitement suivi d'une nouvelle période de repos et ainsi de suite jusqu'à ce que l'on ait obtenu guérison complète.

Ce traitement interrompu, par vagues d'assaut successives, donnerait, d'après Blanc, de meilleurs résultats qu'un même traitement longtemps continué.

CONCLUSIONS

L'urétrite gonococcique chronique d'emblée est une forme clinique qui s'individualise nettement, qui s'impose et doit prendre place à côté des autres formes cliniques de la Blennorragie.

Que l'on parle de blennorragie larvée avec Lebreton, de blennorragie insidieuse avec Martin, de blennorragie latente avec Noguès, d'urétrite gonococcique chronique d'emblée avec Blanc, cette forme clinique doit être très suspectée.

Presque inconnue jusqu'à nos jours bien que très répandue, l'urétrite gonococcique chronique d'emblée, par son insidiosité, son suintement uréthral minime, son absence de réaction douloureuse, sa résistance au traitement, ses complications fréquentes, mérite d'attirer l'attention du public et du médecin.

Peut-être alors verra-t-on diminuer les ravages que provoque ce gonocoque caché et abaisser l'infection conjugale avec les conséquences désastreuses qu'elle comporte.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 Juillet 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BLANC. — L'Urétrite gonococcique chronique d'emblée. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, juillet 1927.)
— Association Française d'Urologie, 1928.
- BARBELLION (G.). — Gonococcisme latent, recherche et traitement. (XIX^e Session de l'Associat. franç. d'Urologie, 1919, page 223.)
— Note complémentaire sur le gonococcisme latent. (XX^e Session de l'Associat. franç. d'Urologie, 1920.)
— Gonococcisme latent et culture du liquide séminal. (*Journ. méd. de Paris*, n^o 1, 1922, p. 2.)
- BARBEILLON (P.). — Gonocoque et pseudo-gonocoque. (*Archives urologiques de la clinique Necker*, t. V, fasc. III, p. 181, juillet 1916.)
- BÖCKEL. — De la gonococcie génitale d'emblée. (Soc. méd. Bas-Rhin, 26 janvier 1929.)
- DAVID. — Infection gonococcique génitale d'emblée. (Société de Méd. de Paris, 8 avril 1927.)
Presse médicale, n^o 32, 20 avril 1927.
— Prostatite gonococcique chronique latente. (*Hôpital*, novembre 1927.)
— Quelques nouveaux traitements de la blennorragie. (*Gaz. des Hôpitaux*, n^o 23, 19 mars 1927.)
- ERAUD. — Des urétrites non gonococciques. (Rapport à la II^e Session de l'Ass. franç. d'Urologie de Paris, 1897.)

JANET. — Considérations générales sur la gonococcie chronique.
(Rapport à la XXI^e Session de l'Association française
d'Urologie, 1921.)

LEBRETON. — La Gonococcie est-elle curable ? (*Revue de Médecine*, mars 1922.)

— Diagnostic et traitement de la blennorragie latente
chez l'homme. (XX^e Session de l'Assoc. française
d'Urologie, Paris, 1920, p. 293.)

— La Blennorragie peut-elle être génitale d'emblée ?
(Rapport à la XXII^e Session de l'Assoc. française
d'Urologie de Paris, 1922.)

— Du Gonococcisme latent. (*Toulouse Médical*, 13 mai
1922, p. 386.)

LÉVY-WEISSMAN. — Gonococcisme latent. (*Journal des Praticiens*,
15 novembre 1921.)

MOTZ. — Quelques considérations sur les uréthrites non gonococ-
ciques. (*Annales des organes des maladies génito-
urinaires.*)

MEYER. — Contribution à l'étude de la gonococcie génitale d'em-
blée. (Thèse de Strasbourg, 1927.)

MARTIN. — Les Blennorragies insidieuses. (*Journal de Médecine
de Bordeaux*, janvier 1930.)

NOGUÈS. — Considérations nouvelles sur le gonococcisme latent.
(*Journal d'Urologie médic. et chirurgie.*, t. XIII,
mars 1927.)

— Des uréthrites non gonococciques. (Rapport à la
II^e Session de l'Association française d'Urologie,
1897.)

